



# ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМЫХ ОБСЛЕДОВАНИЙ И АНАЛИЗОВ

## НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В «ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЙРОХИРУРГИИ» ТЮМЕНЬ

### ПРОВОДЯТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА

#### **ВМП (ФЕДЕРАЛЬНАЯ КВОТА)**

Заключение, осмотр нейрохирурга и этот перечень отдать **неврологу** по месту жительства на оформление **квоты**. После оформления, Вам позвонят из ФЦН и **назначат дату** госпитализации. К этой дате необходимо пройти **анализы и обследования**, приведенные ниже (их также назначает невролог по месту жительства).

#### **ОМС (по полису)**

Осмотр нейрохирурга отдать **неврологу** по месту жительства. Невролог составляет «**направление на госпитализацию**». Если дата **не** установлена при осмотре нейрохирурга, то позвонить 8-3452-293-712. С **направлением** на госпитализацию и **обследованиями** (назначает невролог по месту жительства) приезжать к **назначенной** дате.

- ЭКГ(ПЛЕНКА) С ЗАКЛЮЧЕНИЕМ КАРДИОЛОГА
  - КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ
  - БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ
  - ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ
  - ОСМОТР ГИНЕКОЛОГА(Ж)/УРОЛОГА(М)
  - ОСМОТР ОНКОЛОГА (ПРИ ОНКО ПАТОЛОГИИ)
  - АНАЛИЗ КРОВИ НА RW **(21 ДЕНЬ)**
  - АНАЛИЗ КРОВИ НА ВИЧ **(6 МЕС)**
  - АНАЛИЗ КРОВИ НА ГЕПАТИТЫ В И С **(42 ДНЯ)**
  - ФЛЮОРОГРАФИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ (В 2х ПРОЕКЦИЯХ+ЗАКЛЮЧЕНИЕ) **(1 ГОД)**
  - АРХИВ КТ И МРТ ИССЛЕДОВАНИЙ, ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРОВ **(ЕСЛИ ЕСТЬ)**
- } АКТУАЛЬНОСТЬ **14 ДНЕЙ**

#### **+ ДЛЯ ДЕТЕЙ**

- МАЗОК ИЗ ЗЕВА И НОСА **(14 ДНЕЙ)**
- КАЛ НА ПАТОГЕННУЮ ФЛОРУ (ДИЗЕНТЕРИЙНАЯ И ТИФО-ПАРАТИФОЗНАЯ ГРУППЫ, Я/ГЕЛЬМ.) **(14 ДНЕЙ)**
- ОСМОТР ПЕДИАТРА, амбулаторная карта

#### **ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ** (УХОД ЗА РЕБЁНКОМ)

- КРОВЬ НА RW **(21 ДЕНЬ)**
- ФЛЮОРОГРАФИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ **(1 ГОД)**
- ОСМОТР ТЕРАПЕВТА
- КАЛ НА Я/ГЛИСТ (ЕСЛИ РЕБЁНКУ <3 ЛЕТ)

#### **СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (САХАРНЫЙ ДИАБЕТ, ИБС, ХСН и т.д.)**

- **ЗАКЛЮЧЕНИЕ** СООТВЕТСТВУЮЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА ОБ **ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ** для **ПЛАНОВОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ (НЕ БОЛЕЕ 14 СУТОК)**
- **САХАРНЫЙ ДИАБЕТ** - ОСМОТР ЭНДОКРИНОЛОГА ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА, УРОВЕНЬ ГЛИКИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА. КОРРЕКТИРОВКА ДОЗЫ ИНСУЛИНА, ЕСЛИ ТРЕБУЕТСЯ.
- **ВАРИКОЗНАЯ БОЛЕЗНЬ** – УЗИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ОСМОТР СОСУДИСТОГО ХИРУРГА.
- **ХОБЛ И БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА** – СПИРОГРАФИЯ И КОНСУЛЬТАЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГА (ТЕРАПЕВТА).
- **ЭПИЛЕПСИЯ** – ЭЭГ И КОНСУЛЬТАЦИЯ ЭПИЛЕПТОЛОГА.
- **СТЕНТИРОВАНИЕ КА** – ЗАКЛЮЧЕНИЕ КАРДИОЛОГА И ПЕРЕВОД НА НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ ГЕПАРИНЫ.

#### **МЕНСТРУАЦИЯ, ОСТРЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ОРЗ и т.п.)**

- ЭТО **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ** для ПЛАНОВОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
- ПРОСЬБА **ПЕРЕНЕСТИ** ДАТУ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: 8-3452-293-712



## ВНИМАНИЕ!

ПРИЕМ ГОРМОНАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ ИСКЛЮЧИТЬ ЗА 6 НЕДЕЛЬ!

ОТМЕНИТЬ АСПИРИН (КАРДИОМАГНИЛ И Т.П.), КЛОПИДОГРЕЛЬ (ПЛАВИКС И Т.П.), БРИЛИНТУ ЗА 4 СУТОК!

ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ – ОТМЕНА ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГР. БИГУАНИДОВ (МЕТФОРМИН И Т.П) ЗА 48 ЧАСОВ!

ОТМЕНА ВАРФАРИНА ЗА 5 ДНЕЙ, ПЕРЕВОД НА НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫЕ ГЕПАРИНЫ!

## ДОКУМЕНТЫ

ПРИ СЕБЕ ИМЕТЬ **ОРИГИНАЛ И 2 КОПИИ** СЛЕДУЮЩИХ ДОКУМЕНТОВ

- ПАСПОРТ ГРАЖДАНИНА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
- ПОЛИС ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
- СВИДЕТЕЛЬСТВО ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (СНИЛС)
- НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ (**ЕСЛИ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПО ОМС**).

## ДЕТИ

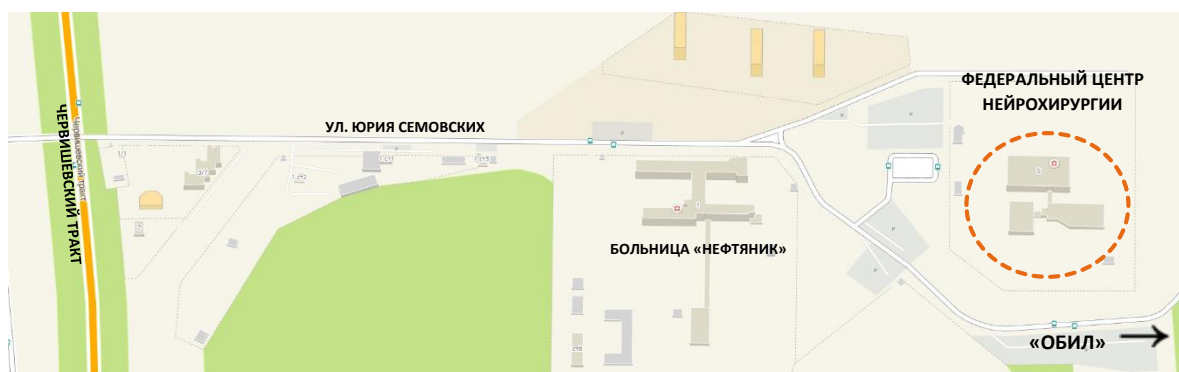
- СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ РЕБЁНКА
- ПАСПОРТ РОДИТЕЛЯ или ДРУГОГО ЛИЦА ГОСПИТАЛИЗИРУЮЩЕГОСЯ ПО УХОДУ ЗА РЕБЁНКОМ
- ЕСЛИ ПО УХОДУ ЗА РЕБЕНКОМ ГОСПИТАЛИЗИРУЕТСЯ НЕ РОДИТЕЛЬ (БАБУШКА, ДЕДУШКА И Т.Д.) – **НОТАРИАЛЬНО (!!!) ЗАВЕРЕННАЯ ДОВЕРЕННОСТЬ НА ПРАВО ОФОРМЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ, СОГЛАСИЯ НА ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ.**
- ВЫПИСКА ИЗ АМБУЛАТОРНОЙ КАРТЫ или АМБУЛАТОРНАЯ КАРТА РЕБЁНКА.

ПО ОРГАНИЗАЦИОННЫМ ВОПРОСАМ  
И ВОПРОСАМ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ЗВОНИТЬ

8 (3452) 293-712

**БУДУЕВА ИНГА СЕМЁНОВНА**

**АДРЕС: г. Тюмень, Червишевский тракт 4 км, ул. Юрия Семовских, 5**



[www.fcn-tmn.ru](http://www.fcn-tmn.ru)

